

Die Ökonomisierung psychosozialer Arbeit und ihre Folgen. Zehn kritische Thesen aus der Sicht des Supervisors. Rudolf Heltzel, Bremen

Gegen Ökonomie ist nichts einzuwenden, denn vernünftig wirtschaften wollen wir alle. In den letzten ein bis zwei Jahrzehnten erleben wir aber eine Ausweitung des ökonomischen Denkens auf tendenziell alle Lebensbereiche. *Ökonomisierung* meint die Ausschaltung aller marktfremden Gesichtspunkte aus den Beziehungen von Akteuren (Thielemann, 2004), sie zielt auf die definitive Herrschaft des Marktes – auch in sozialen und psychosozialen Feldern. Eine Folge dieser Entwicklung ist, dass Wettbewerb und betriebswirtschaftliches Denken nicht nur bedeutsam werden, sondern *dominant*. Es geht um Wettbewerb und Markt *aus Prinzip*. Die resultierende Durchökonomisierung aller Lebensbereiche erfüllt, wie der St. Gallener Wirtschaftsethiker Peter Ulrich betont, die Funktion einer *Weltanschauung*, „(...) die im Jargon wertfreier Sachrationalität einer grenzenlosen Ökonomisierung unserer Lebensformen, der Gesellschaft und der Politik das Wort redet. Der Ökonomismus, dieser Glaube der ökonomischen Ratio an nichts als sich selbst, ist wohl die Großideologie der Gegenwart (...): Kaum je zuvor hat eine einzige ideologische Argumentationsform weltweit einen vergleichbaren Einfluß gehabt“ (Ulrich, 2004, S. 16). In der Konsequenz zieht nicht nur die *Sprache* der Betriebswirtschaft in wirtschaftsferne Institutionen und Organisationen ein, sondern auch das entsprechende *Denken* inklusive der zugehörigen *Instrumente*.

Meine **erste These** lautet daher wie folgt:

Die heute in allen Lebensbereichen vorherrschende Ökonomisierung meint nicht etwa vernünftiges ökonomisches Denken und Handeln, sondern dessen ideologische Zuspitzung und Überhöhung zur Weltanschauung, zur Kultreligion, die alle sozialen Interaktionen durchdringt und einen Fetisch – den Markt mit seinen Tauschbeziehungen – anbetet.

Am besten erzähle ich ein *Beispiel aus meiner Supervisionspraxis*, um meine erste These zu veranschaulichen: In einer psychiatrischen Klinik war ich seit einigen Monaten mit der Supervision der pflegerischen Teamleitungen betraut, an der auch die fachlich sehr erfahrene Pflegedienstleitung (PDL) selbst teilnahm. Die quartalsweise in Blockform stattfindende Supervision unterstützte die Leitungsgruppe der Pflege bei

der Bewältigung ihrer komplexen und belastenden Aufgaben, förderte die Zusammenarbeit und wurde von allen Beteiligten als hilfreich erlebt. Da die PDL bald eine Leitungsaufgabe in einer anderen Klinik übernahm, stieg ihre Nachfolgerin in die Supervision ein. Sie war eine relativ junge Dipl. Pflegewirtin (managementorientiertes Zusatzstudium), die nie in der Psychiatrie gearbeitet hatte. Nun nahm sie an der ersten Supervisionssitzung ihres Lebens teil und setzte ihre Mitarbeiter und mich sofort unter enormen Druck: Jeder solle sich in Bezug auf die Organisationsentwicklung der Einrichtung (die sich innerhalb kürzester Zeit tiefgreifend wandeln sollte) „positionieren“. Mir forderte die PDL umgehend „Zielplanungen“ für jede einzelne Supervisionssitzung ab, so dass ein freier Gruppenaustausch im Sinne der beruflichen Selbstreflexion gar nicht mehr möglich war. Während die um ihren Arbeitsplatz besorgten Teamleitungen Kritik an der Vorgesetzten kaum zu äußern wagten, erläuterte ich ihr so taktvoll wie möglich, warum ihre drängende Haltung den Supervisionsprozess grundlegend in Frage stellte. Das schien mein Gegenüber wenig zu überzeugen, denn in der Pause zwischen zwei Sitzungen eröffnete sie mir, dass ihr Bruder BWL studiere und ihr bereits mitgeteilt habe, wie eine Klinik in kürzester Zeit betriebswirtschaftlich umzugestalten sei! Wenig später lud der Leitende Arzt alle Supervisoren der Klinik zu einem „Austausch“ ein, an dem auch die neue PDL teilnahm. Der „Austausch“ nahm die Form eines gehetzten Monologes an, in dem der an kurztherapeutischen Konzepten orientierte Leiter (der bis vor kurzem Oberarzt der Klinik gewesen war) alle Anwesenden „auf Kurs“ brachte und erwartete, dass sich die Supervisoren dem „Crashkurs“ einer forcierten Umstrukturierung verpflichteten. Diese sei aus ökonomischer Sicht unausweichlich und alternativlos, die Klinik müsse sich „am Markt behaupten“ und „für die Zukunft fit machen“, das sei mit den alten Rezepten nicht zu bewerkstelligen, usw. usf.. Manche der anwesenden Supervisoren kündigten als Reaktion auf dieses Turbo-Briefing die Beendigung der Zusammenarbeit an, da sich der Inhalt ihrer Supervisionsvereinbarung abrupt verändert habe. Andere wirkten verunsichert, äußerten Zweifel bzgl. der weiteren Zusammenarbeit und baten sich wenigstens etwas Bedenkzeit aus. – Ich nutzte die Gelegenheit der Sitzung dazu, den Anwesenden (v. a. der Klinikleitung) ein *szenisches Verstehen* dieser Besprechung naheulegen: Ähnlich „an die Wand gedrückt“ und unter akuten Handlungsdruck gesetzt erlebten sich nach meiner bisherigen Erfahrung auch viele Mitarbeitende und andere Leitende der Klinik. Vielleicht fühle sich – unter dem Druck der Rahmenbedingungen – auch die Klinikleitung ähnlich? Mein Versuch, eine Brücke der Kommu-

nikation zu bauen ging jedoch ins Leere. Der Leitende Arzt beendete die Besprechung (die eher einer „Befehlsausgabe“ glich) vorzeitig, und ich erhielt die schriftliche Kündigung des Auftrages. – Ein Jahr später berichteten mir andere Supervisanden der Klinik, dass die PDL von der Leitungstätigkeit entbunden und nun für das Qualitätsmanagement der Klinik zuständig sei. – Auf mich wirkte der Auftritt der beiden Leitungsfiguren wie eine Mischung aus Management-Satire und Missions-Event.

Die gehetzte Stimmung der Hauptdarsteller leitet unmittelbar zu meiner **zweiten These** über. Sie lautet so:

Die große Schwester der Ökonomisierung ist die Beschleunigung: Ohne Beschleunigung ist das Prinzip „Markt“ nicht denkbar, und erst die Pervertierung ökonomischer Vernunft zur weltbestimmenden Ideologie i. S. einer Ersatzreligion führt zu Beschleunigungstendenzen in bisher nicht für möglich gehaltenen Dimensionen.

Wer die Organisations- und Konzeptentwicklungen etwa im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen der letzten zwei Jahrzehnte analysierte wird bemerkt haben, wie immer neue Anfänge, immer hektischere Exzesse des „Umspritzens, Umgruppierens und Umbenennens“ (Baier, 2000, S. 32) eine immer offensichtlichere Perspektiv- und Ratlosigkeit kaschierten – mein Fallbeispiel von eben illustriert genau dies. „So viel Anfang war nie“ könnte man mit Hölderlin sagen, oder etwas salopper formuliert: „Hauptsache buisy!“ Vieles von dem, was dabei in Atem hält, befördert gar keinen substanziellen Fortschritt, sondern ist von der Sache her eigentlich unnötig. Nicht wenige Konzeptentwicklungen und Umstrukturierungsprozesse in Organisationen gehören in diese Kategorie von „Fortschritt“. Die Reaktion von Mitarbeitenden kann kopfschüttelndes Unverständnis sein, oder „innere Kündigung“, aber auch Erschöpfung, gepaart mit Resignation und Zynismus, also Burnout. Ungeachtet solcher Rückmeldungen wirken die (beratungsresistenten?) „Change-Manager“ wie besessen von der Überzeugung, dass es nur eine Bewegungsvariante gibt: Pausenlos vorwärts! Manchmal steht der Abwehraspekt dieser Getriebenheit (also ihre Verankerung in der Persönlichkeit der Chefs) ganz im Vordergrund, aber die aktuellen betriebswirtschaftlichen und gesetzgeberischen Trends fördern solche Abwehr zusätzlich.

Rasende Beschleunigung (Rosa 2005) gibt es nicht nur auf der Ebene der leitenden Konzepte, sondern auch im Kleinen, etwa die Mitarbeiterfluktuation betreffend. In der Klinik eines Trägerkonzerns, der sich mit beachtlichen Renditen brüstet, erlebte ich als Supervisor von mehreren Stationsteams nicht eine einzige Supervisionssitzung im Monatsabstand mit denselben Mitwirkenden. Die Gesichter der Beteiligten wechselten schneller, als ich sie mir einprägen konnte! Immer schneller geht es auch im Arbeitsalltag etwa von Ärzten oder Pflegenden zu. Da die Rahmenbedingungen in der Medizin und der Altenpflege in gängigen Lehrbüchern des Sozialmanagers gern als beispielhaft auch für die (psycho-) soziale Arbeit hingestellt werden, erzähle ich ein entsprechendes *Beispiel aus meiner Beratungspraxis*:

In der Einzelberatung berichtet die erschöpft wirkende, aber kämpferische PDL eines ambulanten Pflegedienstes folgendes: „Meine Mitarbeiterinnen haben für die Medikamentenverabreichung an einen Patienten genau zwei Minuten Zeit zur Verfügung, vom Auto bis zu diesem zurück gerechnet – mehr erlauben die Richtlinien nicht! Alles darüber hinaus Gehende wird nicht bezahlt. Konkret ist das dann z. B. ein über 80-Jähriger mit beginnender Demenz, der im ersten Stock eines Einfamilienhauses wohnt. Das bedeutet: Pünktlich ankommen, parken, durch den Vorgarten gehen, klingeln, warten. Wenn die Tür geöffnet wird: In den ersten Stock gehen, Begrüßung. Beantwortung von Fragen. Erläuterung der Medikation, deren Sinn der Patient vergessen hat, die er womöglich ablehnt. Dokumentation, Verabschiedung, Verweigerung weiterer Gespräche (die der Patient wünscht), Rückkehr zum Auto. Für die Anfahrt zum nächsten Patienten stehen – über Land – genau siebeneinhalb Minuten zur Verfügung, verfahren darf sich da keine! Als die Leute vom Vorstand unseres Vereins anregten, dass wir schneller arbeiten sollten um wirtschaftlich zu sein, habe ich sie genau diese Szene im Rollenspiel nachspielen lassen. Alle waren erschüttert, manchen standen Tränen in den Augen. So hatten sie sich das nicht vorgestellt...“.

In meiner Supervisions- und Beratungspraxis kommt es inzwischen häufiger vor, dass Supervisanden (und zwar Führungskräfte und Leitungen ebenso wie Mitarbeitende) über Formen des Widerstandes angesichts ethisch bedenklicher Arbeitsbedingungen nachdenken.

Ich will aber – bevor ich die Ökonomisierung psychosozialer Arbeit und ihre Folgen weiter untersuche – zunächst das Beispiel einer kleinen, aber feinen Erfolgsgeschichte erzählen. Solche Geschichten gibt es nämlich durchaus auch. Ich leite diese Geschichte mit meiner nächsten These ein.

Diese **dritte These** lautet:

Trotz flächendeckender Ökonomisierungstendenzen kommt es auch heute noch zu fachlich lobenswerten und wirtschaftlich vernünftigen Versorgungskonzepten – wenn die Verantwortlichen in der politischen Administration, in der behördlichen Sozialpsychiatrie, sowie in den Trägern psychosozialer Arbeit vor Ort realistisch, konstruktiv, vertrauensvoll und nachhaltig zusammenarbeiten.

Das dazu gehörige *Beispiel aus meiner Supervisionspraxis* stammt aus einer norddeutschen Kleinstadt, in der ich vor zwölf Jahren die fallbezogene Supervision der von freien Trägern angebotenen ambulanten, psychosozialen Arbeit begann. Es handelt sich dabei um ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V, um eingliedernde Einzelfallhilfe chronisch psychisch kranker Menschen nach SGB XII, sowie um aufsuchende, niederschwellige Suchtberatung für chronisch und mehrfach abhängige Personen. Die Supervision unterstützte den Start und den weiteren Ausbau dieser Projekte: Zu Beginn gab es lediglich einzelne Pflegende oder Sozialarbeiter, die diese Arbeit selbst anboten, die nötigen Konzepte entwickelten, die betreffenden Verträge aushandelten und schrittweise neue Mitarbeitende einstellten. Neueinstellungen erfolgten dabei stets fallbezogen (also erfolgsorientiert) in dem Sinne, dass sich jede Mitarbeiterin die eigene Stelle über geleistete Betreuungsstunden selbst finanzieren muss. Von anfangs zwei Verantwortlichen (den Leitungen zweier Teams bei zwei verschiedenen Trägern) wuchs das Projekt im Laufe der Jahre auf heute über zwanzig bei verschiedenen Trägern Beschäftigte an. Bis vor kurzem fand die Supervision ebenso wie die internen Fallbesprechungen *trägerübergreifend* statt, so dass potentiell konkurrierende Organisationen und deren Angestellte voneinander lernten und eine gemeinsam getragene Verantwortung für eine Versorgungsregion (Kleinstadt plus umliegende Landkreise) übernahmen. Nebenbei reduzierten sich bei diesem Vorgehen die Supervisionskosten für die einzelnen Träger. Mittlerweile sind zwei dieser Teams so sehr gewachsen, dass die Supervision nicht mehr trägerübergreifend, sondern getrennt stattfindet.

Diese kontinuierliche, geduldige Aufbauarbeit wurde durch eine sachverständige und weitsichtige Stadtverwaltung ermöglicht. Sie kam aber vor allem auf den Weg, weil der zuständige Sozialpsychiatrische Dienst (der von einer erfahrenen, teamorientierten Fachärztin geleitet wird) diese Entwicklung mit Geduld, mit fachlicher Expertise und Kooperationsbereitschaft unterstützte, und weil erfahrene und hoch kooperative Leitungsverantwortliche in den Teams eine im Lauf der Zeit wachsende Fachlichkeit förderten.

Die Fallzuweisungen und Kostenübernahmen werden bis heute über den SPsD gesteuert, wo die betreffenden Patienten in der Regel bekannt sind. Die begutachtenden Personen sind also auch im Detail gut informiert. Die im Betreuungsteam zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dem SPsD über Jahre vertraut, der fachliche Austausch ist selbstverständlich und nicht nur auf formelle Fallkonferenzen beschränkt. Wie meine Supervisanden berichten, vertrauen die Mitarbeitenden des SPD den betreuenden Kollegen (oder geben kritisch-anregende Rückmeldungen). Sie wissen dabei, dass längst nicht alle bewilligten Betreuungsstunden von den Trägern abgeleistet und abgerechnet werden, denn hier wird wirtschaftlich gedacht und effizient gehandelt (bei der großen Zahl der Patienten ist das gar nicht anders möglich). Sie verstehen v. a., dass bei dieser schwer und komplex gestörten Klientel oft nur kleine und kleinste Ziele erreicht werden können, ja, dass es nicht selten schon ein Erfolg der „Maßnahme“ ist, wenn ein prekärer *Status quo erhalten* und Krankenhausbehandlung vermieden werden kann (die fortlaufende Bearbeitung dieses Punktes mit den Supervisanden selbst war und ist so etwas wie „der rote Faden“ im Supervisionsprozess). Für die eingliedernde Einfallhilfe nach SGB XII werden durchaus auch längere Zeiträume bewilligt, nicht selten sind dies – mit vernünftigen fachlichen Begründungen und in aufeinander folgenden Verlängerungsschritten – mehrere Jahre. Der Dokumentationsaufwand wird dabei in Absprache mit der begutachtenden Stelle bewusst übersichtlich gehalten, und die zu erreichenden Ziele können im begründeten Einzelfall allgemeiner und übergeordneter formuliert werden. Trotz dieser Haltung reflektierter Wirtschaftlichkeit im Umgang mit personellen und zeitlichen Ressourcen beträgt der Zeitaufwand für nicht unmittelbar patientenbezogene Arbeit wie Dokumentation, Antragstellung, Fallkonferenzen etc. immerhin 40% der Wochenarbeitszeit. Wie hoch mag er in Regionen sein, in denen nicht so vernünftig mit Ressourcen hausgehalten wird?

Trotz relativ prekärer, befristeter und fallabhängiger Arbeitsverträge und trotz hohen Arbeitsaufkommens sind die Mitarbeitenden der erwähnten Teams keineswegs besonders unzufrieden. Sie haben – auch mit Hilfe der Supervision – im Lauf der Jahre realisiert, dass es heute ein Privileg ist, sinnvolle, kooperative Arbeit in einer Atmosphäre der Wertschätzung leisten zu können. Das wiegt vieles auf, was unbefriedigend ist und hier nicht schön geredet werden soll.

In Anbetracht solcher Positiventwicklungen lautet meine **vierte These** wie folgt:

Fehlt es in einer Region an der vernetzten Zusammenarbeit praxiserfahrener, fachkompetenter und zugleich kritischer Verantwortlicher aus der politischen Administration, dem öffentlichen Sozial- und Gesundheitswesen und den freien Trägern, dann droht – systemimmanent und in Abhängigkeit von übermächtigen Kontextbedingungen – die Dominanz betriebswirtschaftlich inspirierter Steuerungsmodelle.

Dieses Risiko und seine Folgen werden von begeisterten Sozialpolitikern, Steuerungsexperten und Sozialmanagern verbreitet unterschätzt. Zwar formuliert das Lehrbuch leichthin: „Eine einseitige ‚Ökonomisierung‘ lässt sich vermeiden, wenn das Sozialmanagement nicht nur betriebswirtschaftlich ausgerichtet wird“ (Schubert 2005, S. 13). Die weitere Entwicklung des Themas wirkt dann aber schon in der Theorie (und um wie viel mehr in der Praxis!) wie eine zunächst sacht und fast unmerklich, dann allmählich fester zugreifende, komplexe Zwangskonstruktion, deren Wirkung viel umfassender und tiefer greift, als es der schlichte Begriff des „Controlling“ suggeriert: Die neuen, der Betriebswirtschaftslehre entstammenden Paradigmen des „New Public Management“ wie „Legitimation sozialer Arbeit“, „Effektivität und Effizienz“, „Evaluation“ und neue Konzepte und Instrumente wie „Leistungsvereinbarungen“, „Neue Steuerungsmodelle“, „Kontraktmanagement“ oder „Qualitätsmanagement“ wirken über „Selbststeuerung“ und sind damit weitaus wirkmächtiger und folgenreicher, als frühere, „von oben“ auferlegte Steuerungskonzepte. Zu ihrer Bändigung und Entschärfung bräuchte es den eigensinnig-fachlichen, kritisch-widerständigen Sachverstand engagierter Professioneller, so dass manche Konzeptblasen und Zumutungen der Betriebswirtschaft humorvoll kommentiert, ironisch in Frage gestellt, einfallsreich umgangen, oder jedenfalls fachlich-energetisch so aufgeladen werden, dass die schlimmsten Folgen für Klienten und Mitarbeitende vermieden werden können.

Bei meinen persönlichen Recherchen für diesen Vortrag erhielt ich den Eindruck, dass High-End-Varianten des IBRP und vergleichbare Projekte gerade in kreativen Regionen mit großer sozialpsychiatrischer Erfahrung im engagiert erarbeiteten Konsens zwischen Trägerverantwortlichen und sozialpolitischer Administration weitgehend entschlackt und damit entgiftet wurden. Zu unsinnig, zu aufwendig, zu praxisfern erschien den meisten Akteuren das, was angeblich so dringend ansteht (in der Summe vieler Details aber unnütz ist oder sogar Schaden anrichtet).

Es ist eine Ironie dieser Geschichte, dass die ausgefeiltesten Exzesse der Steuerung und der Planung heute von Fachleuten entwickelt werden, die in früheren Jahren Verdienste in der Reformpsychiatrie erworben, in dieser Zeit aber großes Engagement für die patientenferne, bürokratische Seite der Psychiatriereform entwickelt haben. Heute sind manche von ihnen Fachhochschuldozenten und in Nebentätigkeit als Reform- und Verwaltungsberater unterwegs. Auf diese Weise tragen sie nicht selten dazu bei, ein modernes, zentralisiertes Modell der allumfassenden Kontrolle und des unerbittlichen Zwangs zu entwerfen und aufzubauen. Wie im Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsbetrieb können hier nicht nur persönliche Macht- und Kontrollbedürfnisse, sondern auch finanzielle Interessen und Karriere Wünsche bedient werden. Es wäre naiv, diese nicht unwichtigen Seitenaspekte des Themas zu übersehen.

Ich will aber das nachhaltige Interesse und Engagement vieler Reformvertreterinnen und –vertreter nicht gänzlich in Frage stellen. In manchen Fällen scheint es mir vielmehr so, dass ein glaubhaftes Eintreten für Integration und Teilhabe psychisch kranker Menschen mit der Verleugnung einer Realität verbunden ist, die – systemimmanent – in Richtung Kostensenkung und Qualitätsminderung wirkt, auch wenn die offiziellen Zielsetzungen wohlmeinender Versorgungs- und Reformtheoretiker nicht davon handeln.

Daher formuliere ich meine **fünfte These** so:

Aufgrund des durchgreifenden finanziellen Drucks, der auf den öffentlichen Haushalten lastet, geht es bei den neuen Steuerungsmodellen im Kern (und im Gegensatz zu offiziellen Verlautbarungen) um Kostensenkung. Auch wenn dies offiziell bestritten wird, ist diese Entwicklung ohne Qualitätsminderung in der Arbeit nicht zu haben.

Wie Übersichten etwa aus NRW zeigen, stehen in der Reformdebatte zur Eingliederungshilfe nach SGB XII nicht nur fachliche Fragen, sondern auch solche zur Finanzierung der Eingliederungshilfen an (Stamm, Sennewald, Kinstner 2010). Aufgrund des finanziellen Drucks, der auf den öffentlichen Haushalten lastet, steht die Eingliederungshilfe im Fokus sozialpolitischer Modernisierungsbestrebungen und sieht sich mit verstärkten Steuerungsmaßnahmen konfrontiert (ebenda, S. 434; die folgenden Seitenzahlen beziehen sich auf diese Quelle). Dabei werde die Zielsetzung verfolgt, die Fallkosten in der Eingliederungshilfe perspektivisch und nachhaltig zu senken – bei Aufrechterhaltung der rechtlich vorgeschriebenen bedarfsgerechten Qualität (S. 437): „Die beschriebenen Maßnahmen der Steuerung haben dazu geführt, dass trotz der Tatsache, dass immer mehr Menschen mit Behinderungen auf Leistungen der wohnbezogenen Eingliederungshilfe angewiesen sind, die sogenannten durchschnittlichen Fallkosten in beiden Landesteilen Nordrhein-Westfalens reduziert werden konnten“ (S. 438). Dies wird u. a. mit der Einführung des Instruments der „Fachleistungsstunde“ in Verbindung mit individuellen Stundenbudgets erklärt. In NRW wurden auf diese Weise angeblich 13% der Kosten für Eingliederungshilfe eingespart (persönliche Mitteilung S. H.). Die Autoren aus dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW schließen: „Trotz der Vielzahl komplexer fachlicher Fragen, die mit der Reform der Unterstützungssysteme für Menschen mit Behinderungen verbunden sind: Vor dem Hintergrund der desolaten Finanzlage der öffentlichen Haushalte sind nicht zuletzt auch Fragen der Finanzierung verstärkt zu diskutieren“ (S. 439). – Dass diese Entwicklung ohne Qualitätseinbußen nicht zu haben ist, verdeutlichen z. B. Erfahrungen von Supervisoren, auf die ich im Zusammenhang meiner nächsten Thesen zu sprechen komme.

Ich komme nun zu meiner **sechsten These**, die wie folgt lautet:

Neue Managementkonzepte fokussieren auf „Selbststeuerung“ der Akteure und sind damit Teil eines tiefgreifenden Wandels in der Arbeitswelt im Sinne der „Subjektivierung“ (Selbsterledigung und Selbstverantwortung). Sie wirken im Zusammenspiel mit Trends der Sozialgesetzgebung und lassen sich als Bausteine oder Bestandteile eines komplexen Systems nachhaltig-neoliberaler Ordnungspolitik begreifen.

Neue Steuerungsmodelle entfalten ihre Wirkung, indem sie den Druck nach innen, in die Organisationen und in die dort tätigen Individuen hinein verlegen. In der Logik der neuen Managementmodelle *führen Akteure sich selbst* (Schubert 2005, S. 19). Das spricht Prozesse der *Subjektivierung* an, d. h. der systematischen Umstellung von Anforderungen aus der Außenwelt auf *Selbsterledigung* und *Selbstverantwortung* (Voß 2008, Böhle 2011). Außenkontrolle und Fremdsteuerung werden heute – nicht nur in der Welt sozialer Organisationen, aber eben auch dort – auf diese Weise nach innen, in die Beziehung des Einzelnen zu sich selbst hinein verlegt. Im Arbeitsalltag der Akteure geht das über „(...) die Selbststeuerung der Arbeitskräfte nach den Zielsetzungen der Organisation“ (Schubert 2005, S. 81). Zwei der grundlegenden Konzepte in diesem Zusammenhang sind das „*Kontraktmanagement*“ mit formaler Festlegung erreichbarer Ziele in einem definierten Zeitraum und der Pflicht zur kontinuierlichen Berichterstattung, sowie das „*Neue Steuerungsmodell (NSM)*“ mit „Produkten“ als zentraler Steuergröße und integrierten, von einer Steuerungszentrale kontrollierten und von den Akteuren umzusetzenden „Zielvereinbarungen“.

Sozialgesetzlich festgelegte *Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklung* sind „(...) Musterbeispiele für die Anwendung ‚neuen Steuerungsdenkens‘ in der sozialen Arbeit“ (Hofemann 2005, S. 35) und stellen die Folie dar, auf deren Hintergrund die neuen Steuerungsmodelle und Managementkonzepte wirken.

Während Vertreter dieses Managementbegriffs in der sozialen Arbeit argumentieren, dass „(...) die Subjekte im organisationalen Kontext aus herrschaftlichen und ideologischen Bindungen tendenziell ‚freigesetzt‘ werden“ (Schubert 2005, S. 71) und endlich eigenverantwortlich handeln, versteht eine an Foucault und dessen Begriff der „Gouvernementalität“ orientierte Sozialforschung und Analyse die gleiche Entwicklung als Ausdruck subtiler Regierungskunst oder –technologie (Bröckling, Krasmann, Lemke (Hg.) 2000, 2004; Bröckling 2007). In dieser Sicht ist Ordnungspolitik „(...) eine verwickelte Kombination von Individualisierungstechniken und Totalisierungsverfahren“ (Foucault 1987, zitiert in: Bröckling, Krasmann, Lemke (Hg.) 2000, S. 10). Machtausübung besteht – so verstanden – nicht in der plumpen Unterdrückung von Subjektivität, sondern in der komplexen Kreation subtiler Techniken der Selbststeuerung: Die sozialen Akteure steuern sich – als freie Subjekte – selbst, „(...) wobei die

eingeklagte Selbstverantwortung in der Ausrichtung des eigenen Lebens an betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien und unternehmerischen Kalkülen besteht“ (Bröckling, Krasmann, Lemke 2000, S. 30).

Freisetzung und Zwangsregime finden also *zeitgleich* statt und bewirken eine „Art von politischem double-bind“ (Foucault 1987, zitiert in: Bröckling, Krasmann, Lemke 2000, S. 31): Die Akteure fühlen sich frei (d. h. eigenverantwortlich, autonom und rechenschaftspflichtig) *und zugleich* unter Zwang gesetzt (d. h. fremdbestimmt, abhängig und kontrolliert). Der daraus resultierende innere Druck und die sich bei Versagen einstellenden Scham- und Schuldgefühle können erheblich sein und stellen für viele eine anwachsende gesundheitliche Gefährdung dar.

Damit bin ich bei meiner **siebten These** angekommen:

Nach ein bis zwei Jahrzehnten um sich greifender Ökonomisierung in der psychosozialen Arbeit zeigt sich – etwa in Supervisionen – immer klarer, dass dieser Weg für viele berufliche Akteure erhebliche Risiken, Belastungen und Zumutungen mit sich bringt.

Der Gruppenanalytiker und Sozialpsychologe Rolf Haubl und der Arbeitssoziologe Günter Voß haben – mit Unterstützung und in Kooperation mit der deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv) – als Auftakt zu einer auf mehrere Jahre angelegten Verlaufsuntersuchung erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Supervisor/innen zum Innenleben von Organisationen in Deutschland vorgelegt (Haubl, Rolf u. Voß, G. Günter (2009). Das von ihnen zusammengestellte Material stammt aus themenzentrierten Intensivinterviews und Gruppendiskussionen mit Supervisoren (die komplexe Einblicke in das Innenleben von Organisationen und die subjektiv erlebte Arbeitsrealität sozialer Akteure erhalten). Ich stelle einige der Ergebnisse dieser Untersuchung zusammen, insoweit sie die bisher thematisierten Phänomene und Prozesse bestätigen und veranschaulichen:

- Nur wenige Organisationen unterliegen (noch) keiner Ökonomisierung
- Der überall ansteigende Effizienzdruck führt zu Verlust an Kreativität und begünstigt Standardisierung

- Das Innovations- und Veränderungstempo nimmt stetig zu
- Veränderungsprozesse werden abgebrochen und durch neue ersetzt, wobei die Beschäftigten dazu neigen, lediglich die Rhetorik zu ersetzen
- Zeitaufwändige Dokumentations- und Evaluationspflichten kosten unangemessen viel Zeit, so dass sich die Arbeitsergebnisse verschlechtern
- Arbeitsprozesse werden verdichtet und beschleunigt, die steigende Arbeitsintensität macht krank und führt verbreitet zur inneren Kündigung
- Neue Steuerungsinstrumente führen v. a. bei Leistungsträgern zur Intensivierung des Einsatzes, später – aus Selbstschutz – zum systematischen Unterlaufen der Vereinbarungen
- Immer mehr Beschäftigte entwickeln – als Schutz vor Demoralisierung – einen zynischen Habitus
- Immer mehr Beschäftigte erleben Arbeit als erschöpfende Belastung

Diese Ergebnisse sprechen für sich. Sie werden durch eine weitere Umfrage bestätigt, die Erhard Tietel und Dörthe Meyfeld unter den Abonnenten der Fachzeitschrift *supervision* durchführten (Tietel, Erhard u. Meyfeld, Dörthe (2010)). Auch meine eigenen, umfangreichen Erfahrungen als Supervisor in den verschiedensten Feldern psychosozialer und sozialer Arbeit gehen in die gleiche Richtung.

Die Folgen der Ökonomisierung in Organisationen der psychosozialen und sozialen Arbeit beschränken sich aber nicht auf das subjektive Befinden und den Gesundheitszustand der Beschäftigten. Sie gehen weit darüber hinaus und betreffen die Qualität der von ihnen geleisteten Arbeit, wirken sich damit negativ auf das Befinden der Patienten aus.

Daher lautet meine **achten These**:

Die in Folge der Ökonomisierung auftretende Verdichtung, Beschleunigung, Standardisierung und Effizienzsteigerung in der psychosozialen Arbeit führt – in Verbindung mit Dokumentationszwängen und Rechtfertigungsdruck – inzwischen vielerorts zu einer spürbaren Verschlechterung der Arbeitsqualität, unter der nicht nur die Patienten, sondern in der Folge auch die Beschäftigten leiden.

Auch dazu referiere ich – zusammenfassend – einige Ergebnisse der bereits vorgestellten Befragung von Supervisoren (Hauß, Rolf u. Voß, G. Günter (2009)):

- Zeitaufwändige Dokumentations- und Evaluationspflichten sollen die Qualität sichern und steigern, verkehren sich aber oftmals ins Gegenteil: Sie kosten unangemessen viel Zeit und führen zu einer Verschlechterung der Arbeitsqualität
- Professionellen fällt es immer schwerer, die Ressourcen für „gute Arbeit“ zu erhalten in der Folge nimmt Entprofessionalisierung zu: Viele Beschäftigte arbeiten bereits heute in dem Bewusstsein, das Wohl derer zu gefährden, die auf ihre Dienste angewiesen sind
- Schuldgefühle, unhaltbare Zustände aufrecht zu erhalten, sind die Folge
- Die Feststellung, angesichts steigender Arbeitsbelastung nicht mehr mithalten zu können, verursacht bei vielen Beschäftigten quälende Schamgefühle und führt – in der Folge – zu Rückzug und kommunikativer Isolierung
- Die Folge negativer Selbstbewertung in der Arbeit ist ein innerer Anerkennungsverlust, der das berufliche Selbstwertgefühl bedroht
- Die ursprüngliche Grundhaltung des „Berufs als Berufung“ gerät bei vielen ins Wanken (Tietel, Erhard u. Meyfeld, Dörthe (2010))

Zur Illustration dieser bedenklichen Entwicklung mag eine kurze Supervisionskizze dienen: Die kontinuierliche Supervision des Teams der Aufnahmestation einer vormals angesehenen Psychiatrischen Klinik offenbarte zahlreiche ernsthafte Mängel in der psychiatrischen Basisarbeit. Der realistisch eingestellte Teamleiter formulierte das Resümee einer Sitzung, in der dies besonders deutlich wurde, so: „Wir müssen eben unsere Ansprüche absenken. Wir können nur noch darauf achten, dass niemand zu Tode kommt!“ Auf einer psychiatrischen Station mit ursprünglich beziehungsorientiertem Arbeitsansatz kam dieser Satz einem beruflichen Offenbarungseid gleich. Am selben Tag fand ein Audit zur Re-Zertifizierung der Klinik statt, das ohne Probleme absolviert wurde.

Es sind solche Situationen, die massive Scham- und Schuldgefühle, sowie berufliche Selbstzweifel bei den Beschäftigten auslösen. Manche engagierten Mitarbeitenden und Leitungen drücken dies offen aus und üben Kritik, etwa in Supervisionen. Andere reden die Mängel schön und besänftigen damit die eigene Gewisseninstanz. Das Team der eben erwähnten Aufnahmestation *vergaß* mehrfach den Termin der Su-

pervisionssitzung, was ich im Nachhinein ähnlich verstand: Hätten die Sitzungen stattgefunden, wären – bei allem Verständnis für die schwere Arbeit der beruflichen Akteure – gravierende Mängel in der Basisversorgung offenbart bzw. besprochen worden. Es wäre unmöglich gewesen, dies zu vermeiden. Da schien es – so dachte ich mir – besser, den Supervisor unverrichteter Dinge wieder nach Hause zu schicken. Vielleicht enthielt das Vergessen auch einen Anteil verborgener Aggression demjenigen gegenüber, der die Botschaft der Mängelverwaltung formulierte und damit festhielt...

Meine **neunte These** bezieht sich auf die Zielfixierung in der psychosozialen Arbeit : *Wir wollen alle angemessene Ziele in der Arbeit anstreben und wenn möglich auch erreichen. Die verbreitete Fixierung auf immer perfektionistischer formulierte, zergliederte Teil- und Detailziele mit ihrer Rigidität erschwert und behindert aber die grundlegende Aufgabe psychosozialer Arbeit, eine unaufdringliche, vertrauensvolle, verlässlichen Halt gebende Beziehung als Basis von Entwicklung bereit zu stellen.*

Jede Form der psychiatrischen Arbeit ist engstens mit der Orientierung an Zielen und dem Ringen sie zu erreichen verbunden. Das Setzen unerreichbarer (und daher destruktiv wirkender) Ziele ist eine der inneren Hauptursachen für Burnout bei Professionellen (Heltzel 2006). Professionelle stellen sich etwa sehr sensibel auf schwierige Patienten ein und erreichen – gemessen an *deren* Möglichkeiten und Einschätzungen – tatsächlich Bemerkenswertes. Aber die Helfer selbst bewerten die kleinen, aus der Sicht der Patienten beachtlichen Fortschritte nicht als Erfolge und sind dann – im Gegensatz zu ihren Patienten – höchst unzufrieden damit. Sie meinen, mehr erreichen zu müssen und zweifeln an ihren beruflichen Kompetenzen, oder an ihren persönlichen Ressourcen oder an beidem. Die Selbstkritik oder besser: die Selbstentwertung der beruflichen Akteure kann gnadenlos sein, und die tägliche Arbeit wird womöglich als Arena des Scheiterns erlebt. Schon unter privilegierten Bedingungen (so wie sie von Mitte der 1970er bis etwa zum Beginn der 1990er Jahre gegeben waren) ist die Bewältigung dieser Spannung zwischen den eigenen, gehobenen Ansprüchen und den tatsächlich zu erreichenden Erfolgen in der psychosozialen Arbeit eine wirkliche Herausforderung. Sie gelingt denen am besten, die sich mit ihrem Selbstwerterleben einigermaßen im Gleichgewicht befinden oder etwas dafür tun,

sich in ihrer Selbstwertschätzung zu stabilisieren und zu balancieren (Selbsterfahrung, eigene Therapie, usw.).

Von großen, tendenziell unerreichbaren Ansprüchen an die eigene Arbeit Abschied zu nehmen und nicht in nachhaltiger Kränkung angesichts des eigenen Scheiterns zu versinken, ist daher eine der wesentlichen Aufgaben in der Berufsentwicklung von professionellen Helfern. *Fallsupervisionen* in der Psychiatrie handeln immer auch davon, was mit den Patienten „geht“ – oder was eben nicht erreichbar ist und einer systematischen Überforderung gleich käme. Die Patienten in Ihren Einrichtungen sind – wem erzähle ich das?! – oftmals so traumatisiert, so eingeschränkt, so angst-erfüllt und so verunsichert, dass sie sich kaum mehr als die *Erhaltung ihres prekären Status quo* vorstellen können. Sie fühlen sich schon bei kleinsten Änderungen fürchterlich irritiert und unter Druck gesetzt. Sie kommunizieren auf vielfältige Weise, dass sie sich – bitte! – *keine* konkreten Veränderungen wünschen (oder nur mikroskopisch wahrnehmbare Varianten derselben)!

In vielen Fällen ist daher tatsächlich viel erreicht, wenn sich die Bewohnerin, die Betreute, die Ratsuchende *nicht mehr von Leistungszielen bedrängt und unter Druck gesetzt fühlt*. Wenn sie in einer vertrauensvollen, verlässlichen Beziehung zu einer Bezugsperson die Erfahrung macht, dass sie – *so wie sie ist* – akzeptiert, anerkannt, gemocht und geschätzt wird. Dass sie sich also auch selbst wertschätzen und mögen kann.

Das mag sich auf Seiten der Professionellen ziemlich unaufwendig, ja belanglos, womöglich sogar wie Zeitverschwendung anfühlen. Was dabei nämlich an Inhalten ausgetauscht wird, ist fast unerheblich. Es kommt viel mehr auf das Angebot und die weitere Gestaltung einer tragfähigen, hilfreichen *Beziehung* an – zunächst einmal ohne jeden weiteren Anspruch auf Veränderung (Mentzos 1991, Heltzel 2000, 2003). Eine meiner Supervisandinnen – eine engagierte, tatkräftige und bodenständige Krankenschwester aus der ambulanten Einzelfallhilfe – tat sich anfangs richtig schwer damit, ihre Patienten *nicht* ständig zielorientiert anzustoßen. In der Gruppensupervision erzählte sie davon, dass sich die größten, anfangs nicht für möglich gehaltenen Veränderungen bei einer Borderline-Patientin einstellten, nachdem sie diese in der seit Jahren bestehenden ambulanten Betreuung „ganz in Ruhe gelassen“ und ihr bei regelmäßigen Treffen nur unaufdringlich zugehört hätte. Ohne die Unter-

stützung in der Fallsupervision wäre ihr das nicht möglich gewesen, denn das „ewige“ Auf-der-Stelle-Treten der Patientin und ihre totale Verweigerung von Fortschritt in der Betreuung hätte ihr (der Krankenschwester) schwer auszuhaltende Gefühle der Langeweile, der Ungeduld, der Ohnmacht, der beruflichen Selbstzweifel und des schlechten Gewissens vermittelt: „Wenn mir hier in der Gruppensupervision nicht ständig vermittelt worden wäre, dass das so sein darf, dass das Sinn macht, dass das die richtige Einstellung und dass das professionell ist – ich hätte das nie im Leben ausgehalten! Und jetzt ist mir die Patientin dankbar, dass ich zu ihr gestanden habe und kommt mit Veränderungen auf mich zu, die ich ihr gar nicht mehr zugetraut hätte!“

Eine ganzheitliche, unaufdringliche, verlässlichen Halt gebende, beziehungsorientierte und auf zurückhaltende Förderung von Eigenentwicklung setzende Arbeitshaltung und zwanghaft definierte, zergliederte Einzelziele, deren Erreichbarkeit an Indikatoren gemessen und deren zugehöriger Betreuungsaufwand nach Minuten pro Jahr hochgerechnet wird – wie passt das zusammen?

Auf diese Frage möchte ich mit meiner **zehnten und letzten These** antworten:

Institutionell-bürokratische Strukturen und verwaltungstechnische Regelungs- und Steuerungssysteme schützen Individuen, Kollektive und die Gesellschaft als ganze vor Gefühlen der tiefen Verunsicherung, der Angst, der Scham und der Schuld (sog. soziale, psychosoziale oder institutionelle Abwehrsysteme).

Aus psychodynamischer Sicht erfüllen Organisationen eben nicht nur sachlich-rational definierte Aufgaben. Sie werden zusätzlich von Einzelnen, von Gruppen und von der Gesellschaft insgesamt zur Abwehr und Bindung archaischer Ängste und anderer tiefer Affekte benötigt und entsprechend genutzt (Jaques 1955, Menzies 1970, Mentzos 1976, Hinshelwood 1993, Obholzer 1994). Sie geben damit – in einer Zeit zunehmender gesellschaftlicher Verwerfungen und Umbrüche, in einer Epoche des wachsenden Zerfalls von Wertorientierungen und institutionellen Bindungen – notwendigen Schutz und Halt. Die meisten der betreffenden psychoanalytischen Untersuchungen wurden bezeichnenderweise in Krankenhäusern durchgeführt, wo allein schon durch den Kontakt mit Schwerkranken und Sterbenden existenzielle Ängs-

te vor Krankheit, Zusammenbruch, Tod und Vernichtung wachgerufen werden und von den dort Tätigen bewältigt werden müssen.

Dabei helfen eben nicht nur individuelle Schutzmechanismen wie Verdrängung, Abspaltung und Verleugnung unerträglicher Affekte und Phantasien, sondern auch soziale und institutionelle Regelungen, Routinen und bürokratische Vorgaben, wie die Arbeit zu organisieren ist. Typischerweise werden diese Abwehrsysteme – durch informell tradierte Praktiken, dokumentierte Betriebsanweisungen, Umsetzungsbestimmungen usw. – so in die routinemäßigen Abläufe der Institution bzw. der Organisation inkorporiert, dass sie zu einem selbstverständlichen, von niemandem mehr in Frage gestellten Bestandteil der Arbeit werden.

In der Universitätspsychiatrie der 1960er Jahre waren das beispielsweise die weißen Kittel der Ärzte und Pfleger, die der Somatik entlehnte medizinische Visite, das formalisierte System psychopathologischer Diagnostik oder der verdinglichende Umgang mit Patienten in den Vorlesungen – bei fast vollständigem Fehlen eines verstehend-psychotherapeutischen Ansatzes. In meinen ersten Praktika im LKH (Verwahrpsychiatrie) fielen mir die umfangreichen Patientenakten mit seitenlangen psychopathologischen Verlaufsbefunden über Patienten auf, für die sich persönlich niemand interessierte. Solche Routinen verschaffen Abstand, schützen vor emotionaler Beteiligung und untergraben schließlich die eigentlichen, therapeutischen Ziele der Organisation.

Wer heute unentwegt dokumentieren muss und ständig mit Anfragen des Kostenträgers, mit Widerspruchsverfahren, Evaluationsprojekten, Zertifizierungsprozessen und betriebswirtschaftlichen Selbststeuerungsschleifen befasst ist, muss diese Zeit anderswo hernehmen – vorzugsweise aus der patientenbezogenen Tätigkeit, deren Anteil an der Gesamtarbeitszeit tendenziell sinkt. Es kommt hinzu, dass die aufgezählten formalen Tätigkeiten fast ausnahmslos computergestützt erfolgen, so dass der persönliche Austausch nicht nur mit den Patienten, sondern auch unter den Beschäftigten selbst immer mehr abnimmt.

Diese Entwicklung wird durch konzeptionell-therapeutische und organisationelle Prozesse weiter gefördert: Modularartig gestaltete Therapiekonzepte und Tendenzen zur flexiblen Vernetzung in der teambezogenen Zusammenarbeit führen häufig dazu,

dass Professionelle in immer anderer Zusammensetzung wechselnde, in Modulen zusammen gefasste Patientengruppen behandeln (in der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken etwa ist dies das von den Kostenträgern vorgeschriebene Behandlungskonzept). Obwohl die Theorie flexible Vernetzungen und vielfältige Integrations-schritte vorsieht, resultiert in der Praxis eine zunehmende Zergliederung, Zerstückelung und Fragmentierung von Zusammenhängen: Was früher im persönlichen Austausch kommuniziert und integriert werden konnte, muss nun in der computergestützten Patientendokumentation und der elektronischen Patientenakte virtuell zusammengesetzt werden.

Diese Prozesse resultieren größtenteils aus technischen Fortschritten und sind weitgehend unumkehrbar. Ich will sie weder beklagen noch verurteilen. Mich interessiert der Aspekt psychosozialer und institutionalisierter Abwehr, den sie enthalten: Wer in die bürokratisch-technischen Systeme des Patienten-Managements eintaucht, ist vor den belastenden Auswirkungen unmittelbarer Patientenkontakte *zunächst geschützt*. Er kann sich an den PC zurückziehen und sich in Dokumentationsraster, Tabellen und Skalierungsschemata vertiefen. Er fühlt sich entlastet. Der emotionale Druck kehrt freilich *um Umwegen* zu ihm zurück, wenn er sich nun *statt von den Patienten von den Schutzsystemen* bedrängt, gezwungen, diszipliniert und geknechtet erlebt: Er fühlt sich – nun gerade! – ohnmächtig ausgeliefert und befürchtet den definitiven Zusammenbruch und die eigene Krankheit. Er leidet – nun um so mehr! – unter Scham- und Schuldgefühlen, weil er seinem eigenen Anspruch nicht gerecht werden kann und seine „Fitness“ zu verlieren droht. Er passt nicht mehr hinein in die ihn bedrängenden Effizienzwelten und er muss erschreckt realisieren, dass er diese Arbeitswelten – so rational und zielorientiert sie ihm erschienen – schließlich als „verrückter“ erlebt, als seine „verrücktesten“ Patienten.

Dies ist der Zeitpunkt, an dem wir innehalten und ernsthaft überlegen sollten, wie wir diese Entwicklung in Frage stellen und korrigieren können!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion!

Literaturangaben über den Verfasser. Kontakt: www.rudolf-heltzel.de

Dr. med. Rudolf Heltzel, Außer der Schleifmühle 56, 28203 Bremen